

**ใบยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา  
กระทรวงสาธารณสุข**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ตั้ง  
บ้านเรือนอยู่เลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....  
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบให้แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นเป็นผู้ดูแลรักษา ถ้า  
ข้าพเจ้าเจ็บป่วยแม้ต้องถึงทำการผ่าตัดและต้องใช้จ่ายระงับความรู้สึก ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถาน  
บริการสุขภาพจัดการได้ทุกๆ อย่างตามที่เห็นสมควร

(ลงชื่อ).....นักศึกษา  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

- หมายเหตุ :
1. แบบพิมพ์นี้ใช้กรณีผู้เข้าบรรลุนิติภาวะแล้ว หรือมีคู่สมรส
  2. ข้อความใดไม่ใช่ให้ขีดฆ่า